

RID

REPORTE

Imagenológico Dentomaxilofacial

ISSN: En trámite. Número 1 Volumen 1 Enero - Junio 2022



**Sociedad Venezolana de
Radiología e Imagenología
Dentomaxilofacial**

SERIE DE CASOS

CAVIDAD ÓSEA DE STAFNE STAFNE BONE CAVITY

Hugo Aguayo Olivares¹, Maira Quevedo-Piña²

¹ Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial. Centro de Diagnóstico por Imagen (CDI). Lima, Perú
info@cdi.com.pe

² Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo.
Valencia, Venezuela. mairaquevedo@gmail.com ORCID: 0000-003-3996-0335

Editor Académico: Dra. Ana Isabel Ortega-Villalobos.

RESUMEN

La cavidad ósea de Stafne (COS) se presenta como una imagen radiolúcida bien delimitada localizada generalmente en la región molar mandibular, próxima al ángulo y debajo del canal mandibular. Se describen dos casos de pacientes sexo femenino de 60 y 51 años. En la radiografía panorámica de cada paciente se evidenció la presencia de imagen radiolúcida, inferior al canal mandibular, de límites definidos y bordes corticalizados. En los estudios por tomografía computarizada de haz cónico, se observó en los cortes coronales y axiales, la concavidad bien delimitada, formada a expensas de la tabla ósea lingual, mostrando signos tomográficos compatibles con COS. En los casos presentados su localización, la ausencia de síntomas asociados y las características imagenológicas permitieron concluir que se trata de una COS. El diagnóstico diferencial incluye el quiste óseo traumático, tumores de glándulas salivales, hemangiomas intraóseos, lesiones centrales de células gigantes, lesiones fibroósicas, granulomas eosinófilos, enfermedades metastásicas y fibromas osificantes. Esta entidad no requiere tratamiento y la conducta a seguir es la realización de controles radiográficos periódicos.

Palabras clave: Mandíbula, anomalía maxilomandibular, tomografía computarizada de haz cónico (DeCS)

Como citar: Aguayo H, Quevedo-Piña M. Cavidad ósea de Stafne. Rep Imagenol Dentomaxilofacial 2022;1(1):12-7.

Recibido: 02/11/2021

Aceptado: 19/01/2022

Publicado: 15/03/2022



Sociedad Venezolana de
Radiología e Imagenología
Dentomaxilofacial



SERIE DE CASOS

ABSTRACT

Stafne's bone cavity (SBC) appears as a well-defined radiolucent image generally located in the mandibular molar region, close to the angle and below the mandibular canal. Two cases of female patients aged 60 and 51 years are described. The panoramic radiograph of each patient revealed the presence of a radiolucent image, inferior to the mandibular canal, with defined limits and corticalized edges. In the cone beam computed tomography studies, it was observed in the coronal and axial sections, the well-defined concavity, formed at the expense of the lingual bone table, showing tomographic signs compatible with SBC. In the cases presented, its location, the absence of associated symptoms, and the imaging characteristics allowed us to conclude that it was SBC. Differential diagnosis includes traumatic bone cyst, salivary gland tumors, intraosseous hemangiomas, central giant cell lesions, fibroosseous lesions, eosinophilic granulomas, metastatic diseases, and ossifying fibromas. This entity does not require treatment and the conduct to be followed is to carry out periodic radiographic controls.

Key words: Mandible, jaw abnormalities, cone beam computed tomography (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La cavidad ósea de Stafne (COS) se presenta como una imagen radiolúcida bien delimitada que se localiza en la región molar inferior, proxima al ángulo y debajo del canal mandibular^{1,2}. La mayoría de éstas constituyen hallazgos radiográficos porque a menudo son asintomáticas. La etiología de la entidad es incierta, la principal causa descrita es la presión mecánica producida por el tejido glandular salival en la mandíbula^{3,4}. Suelen ser unilaterales, generalmente muestran afectación de la cortical lingual, aunque hay reportes donde se describe la perforación de ambas corticales⁵. En su mayoría son uniloculares y rara vez se presentan multiloculares. Su incidencia es mayor en el sexo masculino, en una edad entre 40 y 60 años³.

La identificación inicial de la cavidad es regularmente realizada con la radiografía

panorámica; en los casos de COS lobulada, márgenes irregulares, escleróticos o incompletos, así como una localización inusual, se debe recurrir a exámenes volumétricos como la tomografía computarizada de haz cónico (TCHC), tomografía computarizada multicorte o una resonancia magnética³ para confirmar el diagnóstico.

La COS ha sido clasificada de acuerdo a su profundidad³. En el defecto Tipo I: la profundidad de la cavidad está limitada a la porción medular de la mandíbula. Tipo II: la profundidad de la cavidad alcanza la cortical vestibular, pero no produce expansión de la misma. Tipo III: la profundidad de la cavidad alcanza la cortical vestibular de la mandíbula y produce expansión³. El presente reporte describe dos casos de COS con variantes imagenológicas, empleando TCHC.

PRESENTACIÓN DEL CASO

CASO 1

Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, asintomática, referida al centro imagenológico para el estudio previo a la colocación de implantes. A la evaluación en la radiografía panorámica

(Figura 1) se evidenció la presencia de una imagen radiolúcida localizada en la zona antegonial del lado derecho, por debajo del canal mandibular, de límites definidos y bordes corticalizados. Al estudio mediante TCHC, se observó en los cortes axial y coronal, una concavidad bien delimitada,

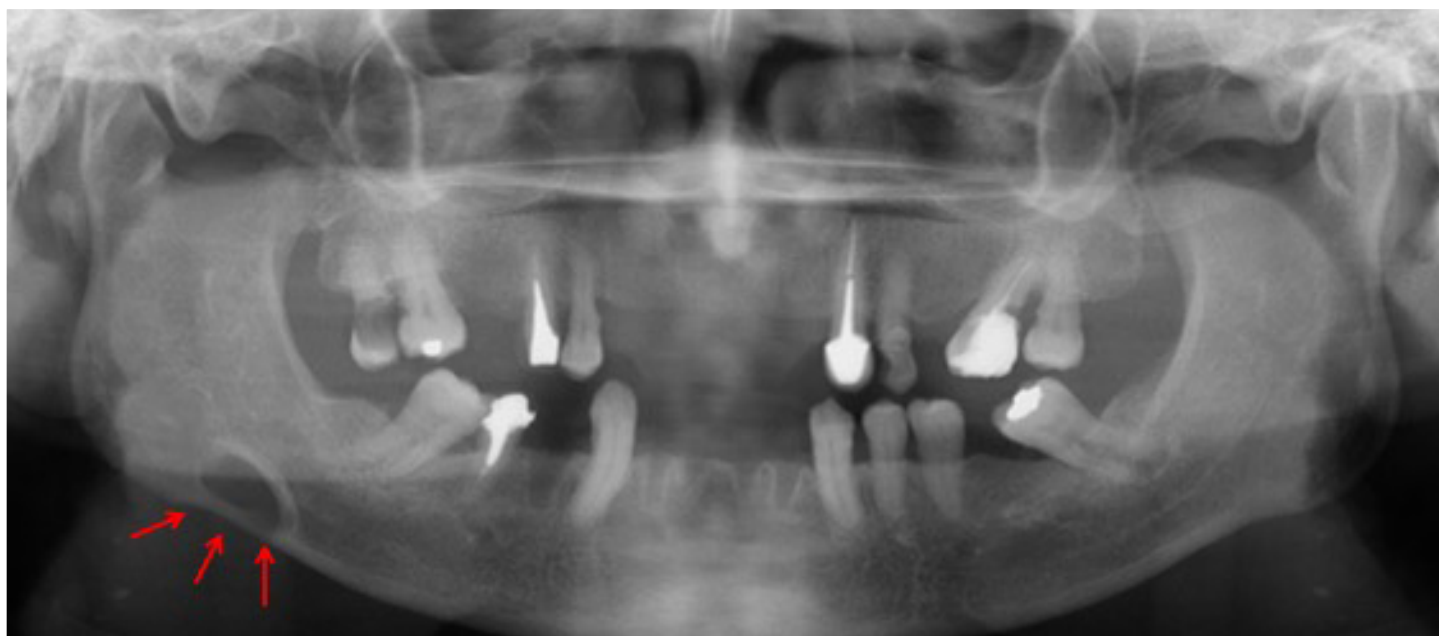


Figura 1. Radiografía panorámica donde se observa imagen radiolúcida de forma ovoide, corticalizada, localizada en región antegonial derecha (Flechas).

dependiente de la tabla ósea lingual que condicionaba el adelgazamiento de la cortical vestibular (Figuras 2a,b). En el corte sagital (Figura 2c) y reconstrucciones 3D (Figura 2d) se evidenció la imagen hipodensa bien delimitada en la región antegonial, cursando con adelgazamiento de la cortical inferior, sin afectar la trayectoria del canal mandibular. La imagen muestra signos tomográficos compatibles con COS Tipo II.

CASO 2

Paciente femenino de 51 años de edad, quien acudió a la consulta para evaluación del reborde alveolar previa a la colocación de implantes dentales. A la evaluación de la radiografía panorámica

(Figura 3) se evidenció una imagen radiolúcida de límites definidos, bordes corticalizados, de forma ovoide, localizada en el cuerpo mandibular izquierdo, proxima a la basal mandibular y proyectada con el canal mandibular.

En el estudio por TCHC se observó en los cortes coronal y axial, una concavidad bien delimitada, formada a expensas de la tabla ósea lingual (Figuras 4a,b). En el corte sagital (Figura 4c) y reconstrucciones 3D (Figuras 4d,e) se evidenció la imagen hipodensa bien delimitada en la región antegonial, sin compromiso de la base de la mandíbula o el canal mandibular. La imagen mostró signos tomográficos compatibles con COS Tipo I.

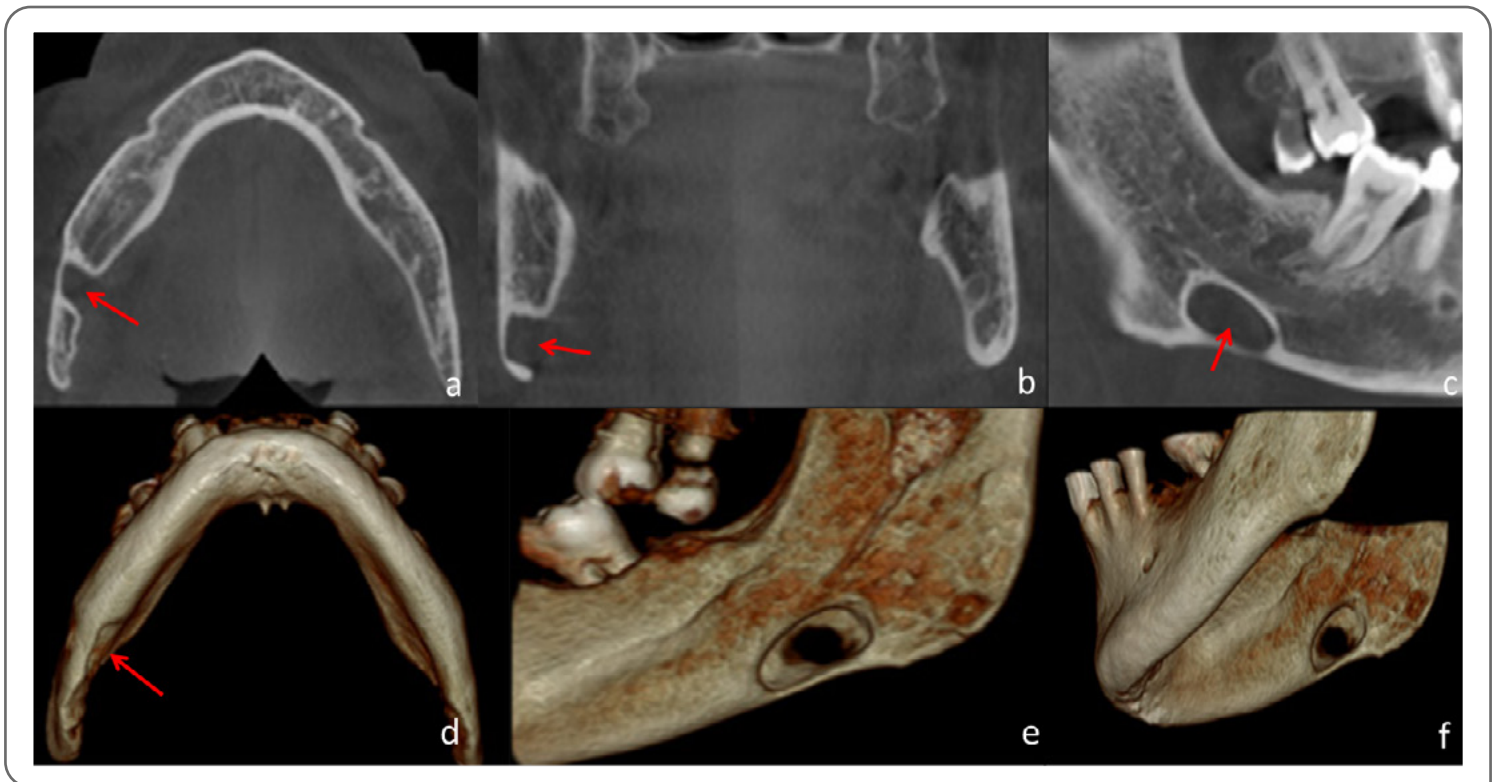


Figura 2. Reconstrucciones multiplanares de Tomografía Computarizada de Haz cónico donde se observa en a, b y c, vistas axial, coronal y sagital respectivamente, imagen hipodensa, ubicada por debajo del canal mandibular (Flechas). La cavidad es dependiente de la tabla ósea lingual y condiciona adelgazamiento de la tabla ósea vestibular. En las reconstrucciones volumétricas en d. Vista infero-superior, e. Vista Lateral y f. Vista lateral oblicua, se identifica el adelgazamiento de basal mandibular (Flechas).

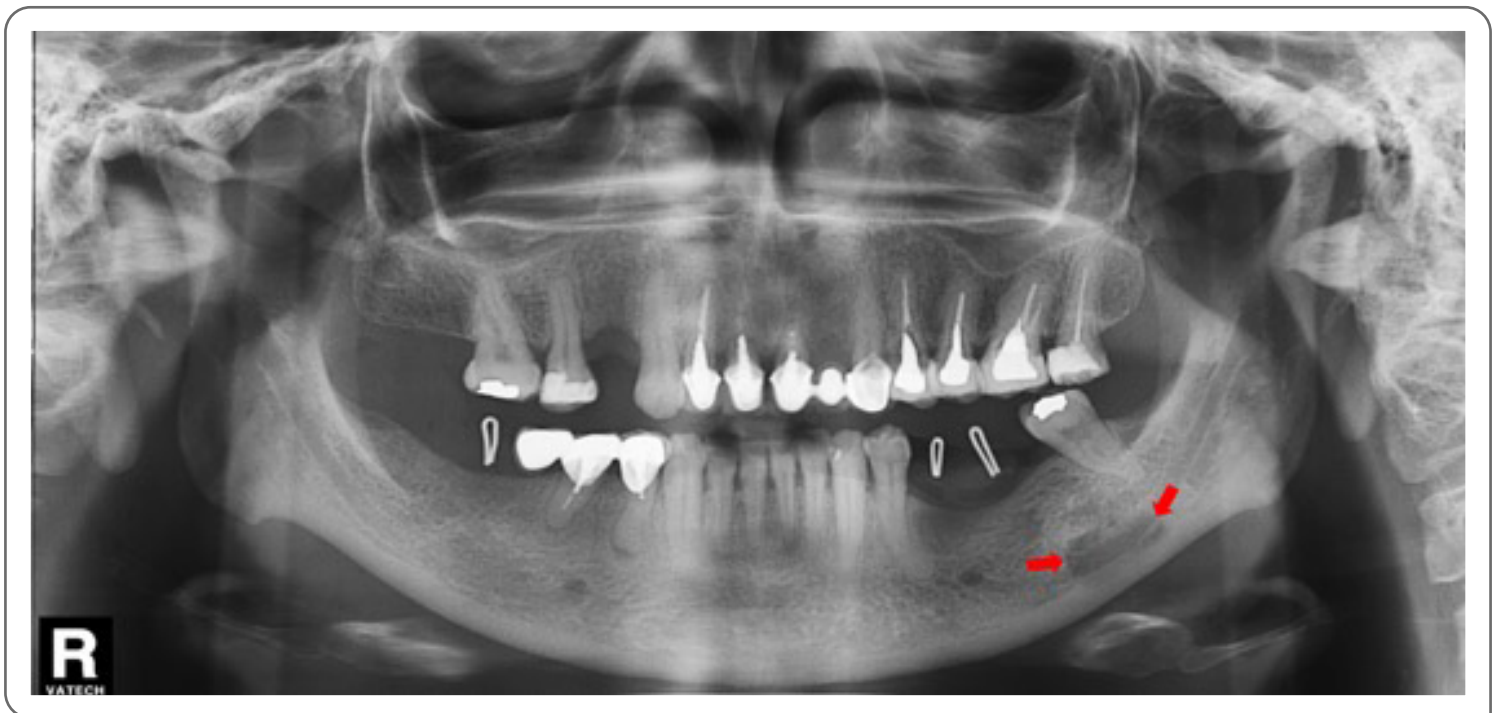


Figura 3. Radiografía panorámica donde se observa en mandíbula del lado izquierdo imagen radiolúcida de forma ovoide, límites definidos, proyectada sobre el canal mandibular, localizada en región antegonial (Flechas).

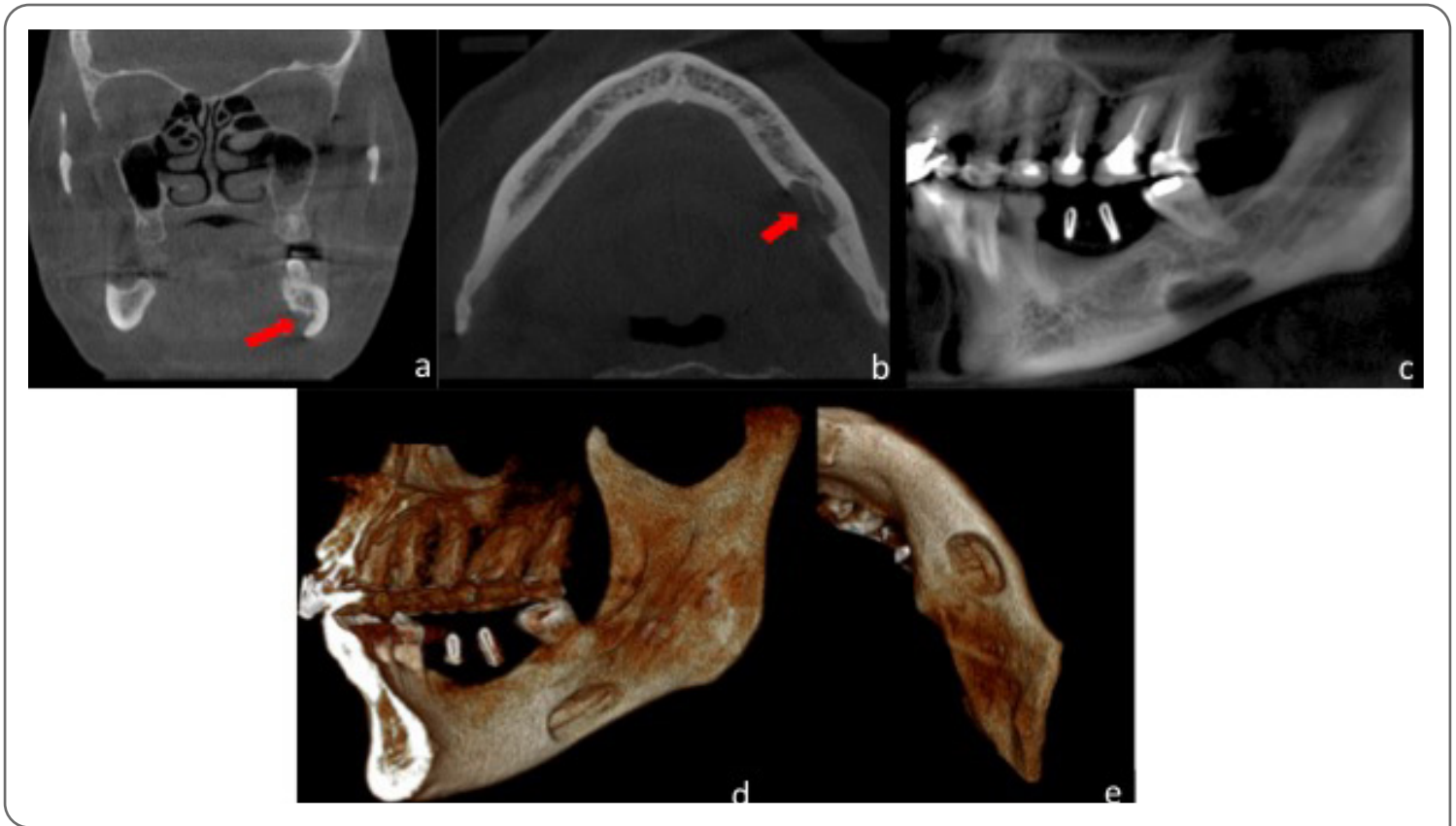


Figura 4. Reconstrucciones multiplanares de Tomografía Computarizada de Haz cónico donde se observa en a, b y c, vistas coronal, axial y sagital respectivamente, en el lado izquierdo una imagen hipodensa, ovoide ubicada en proximidad al canal mandibular, cuya concavidad es dependiente de la tabla ósea lingual (Flechas). En la reconstrucción volumétrica en vista lateral interna (d) e infero-superior (e), se observa la concavidad a expensas de la tabla lingual, la relación con el canal mandibular y el adelgazamiento de la base de la mandíbula.

DISCUSIÓN

La COS de los dos casos presentados mostraron características comunes en cuanto a la loculación, siendo ambos uniloculares, de forma ovoidal, como lo describen reportes previos^{1,2} y estuvieron localizados en la región molar cerca del ángulo de la mandíbula, correspondiéndose con la variante posterior de la entidad³. En las radiografías panorámicas se observaron márgenes corticalizados en las COS de ambos casos, siendo más claramente identificada en el primero, sin embargo, la TCHC fue confirmatoria de esta característica. Asimismo, se observó el compromiso de la cortical lingual, preservándose la tabla ósea vestibular. La entidad es más frecuente en el sexo masculino¹⁻⁴, a diferencia

de este reporte donde las pacientes son de sexo femenino.

La identificación correcta de COS es importante debido a que la zona posterior de la mandíbula es propensa al desarrollo de lesiones patológicas. El diagnóstico diferencial de la COS incluye el quiste óseo traumático, pero en éste la edad de aparición es en la segunda década de la vida, su localización más frecuente es el cuerpo mandibular, entre los caninos y la rama ascendente, y por lo general presenta un borde festoneado, entre las raíces de los premolares y los molares. Los casos reportados se tratan de pacientes de mayor edad y la lesión se observa por debajo del canal

mandibular y su forma es ovalada.

Por otro lado, los tumores benignos de glándulas salivales suelen producir aumento de volumen, presentando o no sintomatología dolorosa, a diferencia de las COS que son asintomáticas en su mayoría. Otros diagnósticos diferenciales incluyen hemangiomas intraóseos, lesiones centrales de células gigantes, lesiones fibroóseas, granulomas eosinofílicos, enfermedades metastásicas y fibromas osificantes⁴.

En los casos presentados su localización, la ausencia de síntomas asociados y las características imagenológicas permitieron concluir que se trata de la COS. Esta entidad no requiere tratamiento y la conducta a seguir es la realización de controles radiográficos periódicos.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para Correspondencia:

Hugo Aguayo Olivares. Centro de Diagnóstico por Imagen (CDI) 51, Jorge Chávez 184, Miraflores 15074. Lima, Perú. info@cdi.com.pe

REFERENCIAS

1. Chen MH, Kao CT, Yu-Fong Chang J, Wang YP, Wu YH, Chiang CP. Stafne bone defect of the molar region of the mandible. *J Dent Sci.* 2019;14(4):378-82. DOI: 10.1016 /j. jds. 2019. 05.002
2. Lee KC, Yoon AJ, Philipone EM, Peters SM. Stafne Bone Defect Involving the Ascending Ramus. *J Craniofac Surg.* 2019 Jun;30(4):e301-e303. DOI: 10.1097/CS.00000000000005252
3. Hernández-Andara A, Ortega-Pertuz A, Saavedra J, Gómez M, Villarreal-Dorrego M. Presentación inusual de cavidad ósea de Stafne: estudio mediante tomografía computarizada y resonancia magnética. *Odontol Sanmarquina.* 2019;22(4): 299-306. DOI: 10.15381/os.v22i4.17053
4. Hisatomi M, Munhoz L, Asami J, Arita ES. Stafne bone defects radiographic features in panoramic radiographs: Assessment of 91 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019;24(1):e12-e19. DOI: 10.4317/medoral.22592
5. Chaudhry A. Stafne's bone defect with bicortical perforation: a need for modified classification system. *Oral Radiol.* 2021;37(1):130-136. DOI: 10.1007/s11282-020-00457-8

